

加州醫療補助Medi-Cal 專業心理健康計畫 (Specialty Mental Health Program)
受理通知書
(評估)

日期： _____
致： _____

客戶 ID 編號： _____
Medi-Cal 號碼： _____

洛杉磯縣的心理健康計畫在審查了您的心理健康狀況評估結果後，決定您的心理健康狀況不符合該計畫專業心理衛生服務醫療必要性的標準。根據心理健康計畫的意見，基於下列勾選的原因，您的心理健康狀況並不符合《加利福尼亞州法規（簡稱 CCR）》第 9 卷第 1830.205 條（Title 9, California's Code of Regulations (CCR), Section 1830.205）中所規定的醫療必要性的審核標準：

- 此次評估，您的心理健康診斷並不在心理健康計畫的涵蓋範圍之內（CCR 第9卷第1830.205條 (b)(1)（Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(1)））。
- 您的心理健康狀況對您的日常生活所造成的影響，尚未嚴重到讓您符合接受專業心理健康服務資格的程度（CCR 第9卷第1830.205條 (b)(2)（Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(2)））。
- 心理健康計畫所能提供的專業心理健康服務不太可能幫助您維持或改善您的心理健康狀況（CCR 第9卷第1830.205條 (b)(3)(A) 及 (B)（Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(3)(A) and (B)））。
- 如果接受身體醫療照護服務提供者的治療，您的心理健康狀況將會有所反應（CCR 第 9 卷第 1830.205 條 (b)(3)(C)（Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(3)(C)））。

如果您同意本計畫所作出的決定，並希望瞭解如何能夠尋找該計畫之外的服務提供者治療自己的病情，您可以撥打 (800) 854-7771 與您的心理健康計畫代表交談，亦可寫信至：

Patients' Rights Office 患者權利辦公室, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program 受益人服務計畫

如果您不同意本計畫所作出的決定，您可以採取以下的一項或多項行動：

1. 要求該計畫就您的心理健康狀況安排第二個診療意見。如選擇採取此行動，您可以撥打 (213) 738-4949 與您的心理健康計畫代表討論，亦可寫信至：

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

2. 針對您的心理健康計畫提出上訴。如選擇採取此行動，您可以撥打 (213) 738-4949 與您的心理健康計畫代表討論，或寫信至：

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

或依照心理健康計畫給您的資訊手冊上的指示行動。您必須在本通知書發出之日起90天之內提出上訴。在絕大多數情況下，心理健康計畫必須在您提出要求之日起30天內就您的上訴內容作出相應裁決。如果您認為上訴裁決過程中的延誤會導致您的心理健康狀況發生嚴重問題，影響到您取得、維持或恢復重要生活功能的能力，則您可以要求提出加急上訴，72小時內即可完成裁決。

如果您對本通知書心存疑問，您可以撥打 (213) 738-4949 與您的心理健康計畫代表討論，或寫信至：

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

如果您不滿意上訴的結果，您可以要求舉辦一場州立聽證會。本表格背面已詳載有關提出舉辦聽證會要求的具體說明。

- 本人證明，該 Medi-Cal 受益人已收到了一份此 NOA-A 文件的正本、一份 NOA 背頁的影印本，以及一份《申訴與上訴程序：消費者指南》（Grievance and Appeal Procedures - A Consumer Guide）的影印本。（《LACDMH Medi-Cal 專業心理健康服務提供者手冊》第十六章第1頁，2009年7月第四版（洛杉磯縣心理健康局 Medi-Cal專業心理健康服務提供者手冊，4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1））

職員簽名： _____

職員姓名（正楷書寫）： _____

日期： _____

服務提供者名稱： _____

服務提供者編號： _____

您所享有的聽證權

您必須在90天之內提出舉辦聽證會的要求。90天的計算始於：

1. 我們當面將該心理健康計畫之上訴裁決通知書遞交給您的次日，或
2. 該心理健康計畫之上訴裁決通知書所蓋郵戳日期的次日。

加急州立聽證會

自您提出要求之日起至作出聽證裁決，通常需要90天的時間。如果您認為這段時間會導致您的心理健康狀況發生嚴重問題，影響到您取得、維持或恢復重要生活功能的能力，則您可以要求舉辦一場加急州立聽證會。如需要求舉辦加急聽證會，請在本頁右欄「要求舉辦聽證會」下第一個方框內打勾，並寫明您要求舉辦加急聽證會的原因。如果您舉辦加急聽證會的要求得到批准，州立聽證處將在收到您的要求後的三個工作日內作出聽證裁決。

如何在等待聽證會召開期間繼續享受原有服務

- 您必須在心理健康計畫的上訴裁決通知書郵寄或當面遞交給您之日起10日內或在服務更改生效日期之前提出舉辦聽證會的要求，以較晚發生的日期為準。
- 您所享受的加州醫療補助Medi-Cal 心理健康服務將保持不變，直至最終聽證的裁決是對您不利的、您撤銷了舉辦聽證會的要求，或是您目前的服務時效或服務範圍過期失效為止，以先發生的日期為準。

索取加州法規

您可以在您當地的縣政府福利辦公室索取加州法規，其中亦包括有關州立聽證會事宜的法條。

如何獲取幫助

您可以在您當地的法律援助辦公室或其他小組處獲取免費的法律援助。您可以向公眾諮詢與回應小組（Public Inquiry and Response Unit）諮詢您所享有的聽證權或免費法律援助方面的資訊：

免費電話：1-800-952-5253

如果您是使用電訊顯示設備的聽障人士，請撥打 1-800-952-8349

授權代表人

您可以代表自己出席聽證會。您也可以選擇一位友人、律師或任何人士做您的代表人。您必須自行安排代表人事宜。

《資訊處理法案》通知書（《加州法規》第1798條及以下條款（California Civil Code Section 1798, et. seq.））本表格要求您提供的資訊是為處理您舉辦聽證會要求所需的。如資訊不完整，處理過程可能會有所延遲。州立社會服務部聽證處（State Hearings Division of the Department of Social Services）將會建立一份案件檔案。您有權查驗用於該檔案決策的內容，並可以聯絡公眾諮詢與回應小組以詢得該檔案（電話號碼如上）。您所提供的任何資訊均可能與心理健康計畫、州政府各健康服務部門（State Departments of Health Services）及美國健康與人民服務部（U.S. Department of Health and Human Services）（法律依據：《福利與機構法規》第14100.2條（Welfare and Institutions Code, Section 14100.2））。

如何要求舉辦一場州立聽證會

提出舉辦聽證會要求的最佳方式是填寫本頁。請影印本頁正反面存檔，然後將本頁寄送至：

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O.Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

另一種提出舉辦聽證會要求的方式是撥打 1-800-952-5253。如果您是使用電訊顯示設備的聽障人士，請撥打 1-800-952-8349。

要求舉辦聽證會

由於洛杉磯郡政府轄下之心理健康計畫進行了一項與 Medi-Cal 有關的行為，我想要舉辦一場州立聽證會。

如您想要舉辦一場加急州立聽證會，請在此處打勾，並寫明原因。

原因如下：_____

如空位不足，請在此處打勾，並另附紙張書寫。

我的姓名：（正楷書寫）_____

我的社會保險號碼：_____

我的地址：（正楷書寫）_____

我的電話號碼：（_____）_____

我的簽名：_____

日期：_____

我需要一位翻譯員為我免費服務。我講的語言或方言是：_____

我想讓下述人士代表我出席這場聽證會。我謹授權此人閱覽我的病歷，並代我出席聽證會。

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：_____